

## **ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СОЧЕТАННЫХ ГЕСТОЗОВ**

***Воронов Г.Г., Занько С.Н., Пищенко Ю.А.***

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов  
медицинский университет»*

В отечественной литературе под термином “сочетанный” или “осложнённый” гестоз подразумевается развитие данного осложнения беременности у женщин, имеющих хроническую экстрагенитальную патологию [1, 3]. Ведущее значение среди факторов риска по возникновению гестоза принадлежит ожирению, заболеванию почек (10 - 12%), артериальной гипертензии (8 – 32%), сочетанной экстрагенитальной патологии (17 - 27%), а также хроническим заболеваниям дыхательных путей, эндокринопатиям, заболеваниям

печени, аутоиммунным заболеваниям, психологической дезадаптации женщин [2]

Для сочетанной формы гестоза характерно раннее клиническое проявление, быстрое развитие и стойкость симптомов, длительное и более тяжелое течение, обычно с преобладанием симптомов заболевания, на фоне которого развился гестоз, неустойчивый эффект от проводимой терапии [3]. Нередко при сочетанном гестозе беременность осложняется плацентарной недостаточностью, способствующей гипоксии, задержке внутриутробного развития плода, недоношенности, нарушениям мозгового кровообращения, респираторному дистресс-синдрому у новорожденных [1].

Учитывая экстрагенитальную «нагруженность» гестозов для их лечения широко привлекаются врачи смежных специальностей, а схемы лечения пополняются новыми ЛС. При этом избыточная нерациональная терапия может оказать неблагоприятное влияние на организм как беременной, так и плода, увеличит стоимость лечения.

В настоящее время важнейшей задачей отечественного здравоохранения, в том числе акушерско-гинекологической службы, становится внедрение медико – экономических стандартов (протоколов) диагностики и лечения основных заболеваний. Стандарты должны быть универсальными, применимыми для системного многомерного анализа клинической и финансовой деятельности того подразделения (амбулаторного либо стационарного), для которого каждый из них разработан. Актуальность оказания медицинской помощи беременным с гестозом очевидна, но она не может быть осуществлена в полном объеме без учета сопутствующей соматической и генитальной патологии

**Цель исследования** - провести количественную и качественную оценку лекарственной терапии патологии, сопутствующей гестозу.

**Материал и методы исследования:** Исследование проводилось на базе городского родильного дома № 3 БСМП г. Витебска и родильного дома г. Борисова. Информационным материалом для проводимых исследований послужила первичная медицинская документация: 1. Годовые отчеты заведующих отделений патологии беременных, наблюдательного и физиологического родильных отделений, отделения новорожденных; 2. История родов – ф. 0.96/у; 3. Статистическая карта выбывшего из стационара – ф. 0.66/у; 4. Обменная карта родильного дома, родильного отделения больницы – ф. 113/у; 5. Лист назначения стационарного больного.

Исследование проводилось в 2 этапа:

1 этап. Анализ структуры и динамики патологии, сопутствующей гестозу (ПСГ), у беременных, рожениц и родильниц, находившихся в стационаре родильных домов № 3 БСМП г. Витебска и г. Борисова за период с 01. 01. 2001 г. по 31. 12. 2003 г.

2. этап. Качественный и количественный анализ лекарственной терапии PSG, у беременных, проходивших стационарное лечение до выписки или до родоразрешения в отделении патологии беременных и наблюдательном отделении родильных домов № 3 БСМП г. Витебска и г. Борисова за период с 01. 01. 2001 г. по 31. 12. 2003 г.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Актуальность проблемы лечения пациенток с гестозами обусловлена не только высокими уровнями данного осложнения беременности, но и высокой частотой сопутствующей экстрагенитальной патологии при данном патологическом состоянии. Одним из перспективных направлений является экспертная оценка как основного заболевания, так и структуры и динамики сопутствующей патологии с целью изучения закономерностей ее развития, удельного веса различных форм PSG и на этой основе определение потребностей лекарственного и клинико-лабораторного обеспечения стационарного звена оказания медицинской помощи.

За период 2001 – 2003 г. в обоих родильных домах более 74% пациенток проходили стационарное лечение до выписки или до родоразрешения (74,2 – 76,7 % в роддоме № 3 БСМП г. Витебска и 79,3 – 84,1% пациенток в г. Борисове) получали лекарственную терапию гестоза и соответственно по показаниям терапию PSG.

Анализ структуры и динамики PSG позволяет сделать вывод, что в родильных домах г. Витебска и г. Борисова имеет место стабильная и идентичная структура основной патологии, сопутствующей гестозу.

Несмотря на большую экстрагенитальную нагруженность пациенток в г. Витебске, в обоих городах увеличилось количество заболеваний на 1 пациентку с гестозом легкой степени тяжести, которые составляют основную долю стационарных больных, длительность лечения до родоразрешения которых превосходит длительность лечения пациенток со среднетяжелыми формами гестоза.

Лекарственную терапию PSG до выписки из стационара или до родоразрешения в ОПБ и наблюдательном отделении получали более 88 % беременных в стационаре родильного дома г. Витебска и более 80 % в г. Борисове.

Ассортимент ЛС и ЛП для лечения PSG выявил широкое разнообразие используемых ЛС – до 53 в г. Витебске и до 47 в г.

Борисове, однако структура ЛС с высоким коэффициентом интенсивности потребления оставалась стабильной в течение 3-х исследуемых лет.

#### **Выводы.**

1. Индикаторы парентеральных лекарственных форм позволяют измерить общий уровень применения важных, дорогостоящих и небезопасных категорий лекарственных средств и форм. Установлено, что в течение 3-х исследуемых лет в родильном доме № 3 БСМП г. Витебска наиболее распространенным путём введения в организм ЛС для лечения ПСГ, который использовался более чем в 66,7% случаев, являлся парентеральный путь (при этом более чем в 63,6% использовался внутримышечный способ введения ЛС).

2. При оценке основного индикатора назначения - среднее число лекарственных препаратов на одного больного – установлено, что медикаментозное лечение гестоза отличается избыточной лекарственной терапией: в среднем каждая пациентка получала более 10,3 ЛС для лечения гестоза лёгкой степени тяжести и более 15,9 ЛС для лечения гестоза средней степени тяжести в г. Витебске и более 6,4 ЛС и 11,4 ЛС соответственно в г. Борисове. Наличие ПСГ усугубляет среднюю лекарственную нагрузку от 1 до 3 ЛС на 1 пациентку.

Литература:

1. Ветров В. В. Экстрагенитальные заболевания и гестоз / В. В. Ветров // Акуш. и гин. – 2001. – № 4. – С. 7 – 8.
2. Hadden, D. R. // Diabetologia. – 1996. – Vol. 29, N 1. – P. 1 - 9.
3. J. Indian Med. Assoc. / Yadav, S. [et al.]. – 1997. – Vol. 95, N 10. – P. 548 – 551.